



**I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD**  
**QUILLÓN**

\*\*\*\*\*

**DECRETO ALCALDICIO N° 2.238/**

Quillón, **06 MAY 2015**

**VISTOS:**

- Las Licencias Médicas de Sandra Valderrama Valdebenito y Soledad Fritz.
- El Decreto Alcaldicio N° 1548 de fecha 19 de Marzo del 2015, que nombra como Secretaria Municipal (S) a la Directora de DIDECO Srta. Maria Gabriela Vallejos Landaur.
- El Decreto Alcaldicio N° 3.966 de fecha 10 de Diciembre de 2014, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2015 del Departamento de Salud.
- El Decreto Alcaldicio N° 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio N° 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subroga.
- El Decreto Alcaldicio N° 472, de fecha 05 de Junio de 1996, que aprueba el Reglamento de la Carrera Funcionaria del Personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal de la comuna de Quillón.
- La Ley N° 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio N° 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley N° 18.883/89, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 14 de fecha 30 de Noviembre de 2012, por el que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de la comuna de Quillón a Don Alberto Gyhra Soto.
- La Ley N° 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988, sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

**DECRETO:**

1. Acéptense las licencias médicas, al o los funcionario (s) que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Cargo	Días	Desde	Hasta
2-47074575	Sandra Valderrama Valdebenito	Técnico en Enfermería CESFAM	15	04/05/2015	18/05/2015
1-34490821	Soledad Fritz Saldías	Técnico en Enfermería CESFAM	11	04/05/2015	14/05/2015

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenersele la remuneración íntegra, por los días en los cuales se encuentre con Licencia Médica.
3. Tramítense y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.**



**MARIA GABRIEL VALLEJOS LANDAUR**  
**SECRETARIO MUNICIPAL (S)**  
**MINISTRO DE FE**

YLF/jsb.

09.05.2015

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Funcionario (a)



**VLADIMIR PEÑA MAHUZIER**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**  
**"POR ORDEN DEL ALCALDE"**

# Licencia Médica

Nº2- 47074575

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº31/1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.  
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**VALDERRANA VALDEBENITO SAN**

APELLIDO PATERNO: VALDERRANA  
 APELLIDO MATERNO: VALDEBENITO  
 NOMBRES: SAN

FECHA EMISION LICENCIA: 04 05 15  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 04 05 15

Nº DE DIAS: 15  
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: quince

RUN: 231068  
 EDAD: 46  
 SEXO: F

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 195 y 200 del C. del Trabajo y juicio de adopción plena (Ley 18.867))

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_  
 APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 RUN: \_\_\_\_\_

### A.3. TIPO DE LICENCIA

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
- 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
- 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
- 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
- 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

- SOLO PARA REPOSO PARCIAL
- A= MAÑANA
- B= TARDE
- C= NOCHE

- LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)  
DIRECCION DE REPOSO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI 2= NO  
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 1= SI 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO:  
 DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_  
 TRAYECTO: 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION:  
 MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

CALLE: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_

VILLA O POBLACION: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

*[Firma del Trabajador]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos lps campos son obligatorios)

**PARRADA PLACENCIA VASCON**  
 APELLIDO PATERNO: PARRADA  
 APELLIDO MATERNO: PLACENCIA  
 NOMBRES: VASCON

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

ESPECIALIDAD: General  
 1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

PRAT  
 CALLE: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_

Nº: 622  
 47 25 01 1 1  
*[Firma del Profesional]*  
 FIRMA DEL PROFESIONAL

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

*[Firma]*



HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2015 05 05	2015 04 19	15
2015 05 05	2015 04 03	15

Art. 13 - El empleador deberá emitir la licencia médica...

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



# Licencia Médica

## Nº 1- 34490821

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº 3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.  
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

### SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**APELLIDO PATERNO** FRITZ **APELLIDO MATERNO** SALOIAS **NOMBRES** SOLEDAO ANDR  
**FECHA EMISION LICENCIA** 040515 **FECHA INICIO DE REPOSO** 040515  
**Nº DE DIAS** 011 **Nº DE DIAS EN PALABRAS** once días

**FECHA DE NACIMIENTO** 190271 **EDAD** 44 **SEXO** F

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

**APELLIDO PATERNO** **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES** **RUN**

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

- 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
- 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
- 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
- 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

**RECUPERABILIDAD LABORAL** 1= SI 2= NO **INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ** 1= SI 2= NO

**FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO**  
 DIA MES AÑO

**HORA MINUTOS** **TRAYECTO** 1= SI 2= NO

**FECHA DE LA CONCEPCION**  
 MES AÑO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

**APELLIDO PATERNO** MUNDOR **APELLIDO MATERNO** ALVEAR **NOMBRES** PABLO ANDR  
**REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** 29198-6

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE

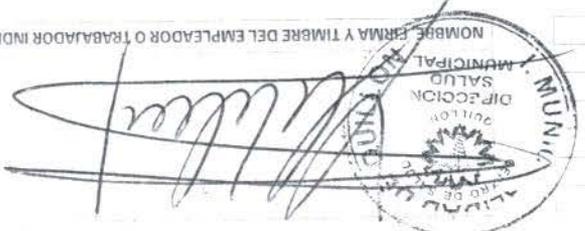
**TOTAL DIAS** **DESDE** **ANNO** **DIA** **HASTA** **ANNO** **MES** **DIA**

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

#### C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**



**FIRMA DEL TRABAJADOR**  
**FIRMA DEL PROFESIONAL**  
**ESPECIALIDAD** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA  
**CORREO ELECTRONICO**